Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen
Direktor: Professor Dr. H. Martius

# Ueber die „sekundären Anstaltsgeburten" der Universitäts-Frauenklinik Göttingen von 1935—1939

---

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt am 16. 4. 1941

von

Anne Lore Klessmann
aus L e m g o i/L.

Göttingen 1941

Buchdruckerei Martin Saß & Co., Göttingen

Dekan: Prof. Stich

Berichterstatter: Prof. Bickenbach

Mitberichterstatter: Prof. Martius

Tag der mündlichen Prüfung: 30. April 1941

Meinem lieben Vater und Lehrer!

Beim Vergleichen der Mortalitätsziffern zwischen Haus- und Anstaltsentbindungen ist es auffallend, daß vor, während und nach der Geburt die Zahl der mütterlichen Todesfälle in den Anstalten ungleich höher ist. Wenn, wie es die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, der Anteil der Anstaltsentbindungen an der Gesamtgeburtenzahl ständig zunimmt und von 15,7 % im Jahre 1933 über 26,9 % im Jahre 1936 auf 31,7 % im Jahre 1938 weiter in dem Maße steigt, dann muß man sich fragen, ob diese Entwicklung auf dem richtigen Wege ist.

Warum sind nun die Verluste an Müttern in der Anstaltsgeburtshilfe so viel höher? Das liegt gewiß zu einem großen Teile daran, daß sich in den Kliniken die pathologischen Geburten häufen. Dies erklärt aber die ungleich höhere Sterblichkeit nicht allein. Als für die Göttinger Universitätsfrauenklinik die geburtshilfliche Müttersterblichkeit überprüft wurde, und man versuchte die Ursachen zu erkennen, konnten Bickenbach und Schween nachweisen, daß verhältnismäßig viele der gestorbenen Frauen erst nach Beginn der Wehen von Arzt oder Hebamme wegen Komplikationen eingewiesen waren. Die in diese Gruppe gezählten Entbindungen werden in den angeführten Arbeiten als „sekundäre Anstaltsgeburten" bezeichnet und den „primären" gegenübergestellt, jenen Frauen also, deren Entbindung sich von Anfang an in der Klinik vollzog. Die „sekundären Anstaltsgeburten" nun sind es, die mit einer hohen Mortalitätsziffer die Statistik der Klinikgeburtshilfe wesentlich belasten.

Was ist genau unter „sekundären Anstaltsgeburten" zu verstehen? Es wurden für die Göttinger Universitätsfrauenklinik die Geburtsberichte der letzten fünf Jahre 1935 bis 1939 im Hinblick auf diese Gruppentrennung durchgesehen und unter „sekundären Anstaltsgeburten" alle jene Frauen zusammengefaßt, die ursprünglich zu Hause niederkommen wollten, die aber wegen einsetzender Komplikationen nach Geburtsbeginn von Arzt oder Hebamme eingewiesen wurden. Die Schwierigkeiten und Geburtshindernisse traten z. T. erst unter der Geburt auf und ließen eine weitere häusliche Geburtsleitung nicht wünschenswert erscheinen oder machten sie ganz unmöglich wegen regelwidriger Lage, Vorfall kleiner Teile, Fieber unter der Geburt, schlechter kindlicher Herztöne usw. Teilweise bestanden ernstere

krankhafte Symptome, wie z. B. Blutung bei Placenta Praevia, Oedeme und Eiweißausscheidung bei Eklampsie schon längere Zeit vor der Geburt und die Hinzuziehung eines Arztes war entweder durch Verschulden der Frauen ganz unterblieben oder erfolgte verspätet oder die häusliche Behandlung blieb vergeblich. Auch diese Frauen haben wir den „sekundären Anstaltsgeburten" zugeordnet, obwohl sie noch vor Geburtsbeginn zur Aufnahme kamen. Sie waren aber entweder schon vom Hausarzt einige Zeit vergeblich behandelt, nicht nur untersucht, oder hatten selbst trotz bestehender ernster Erscheinungen, wie stärkere Oedeme oder Blutungen, verabsäumt, einen Arzt aufzusuchen, so daß sie in bereits schlechtem Zustand eingeliefert wurden.

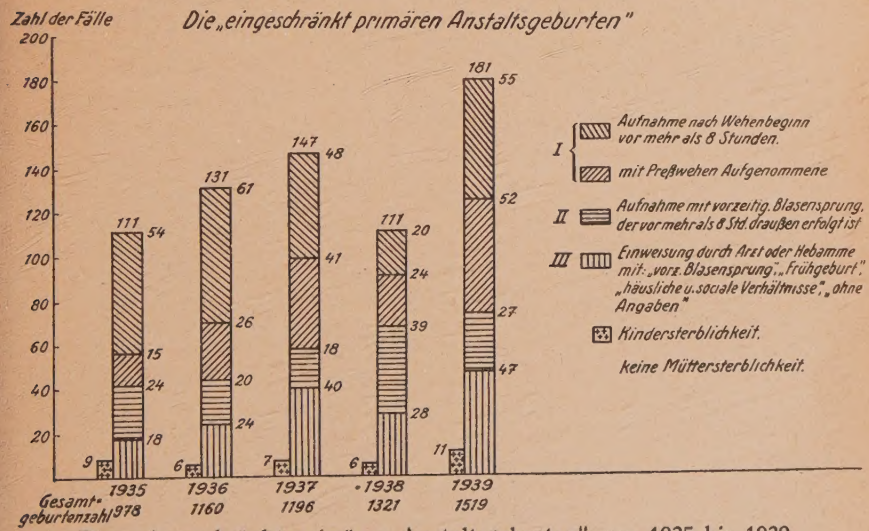
Als die Gruppe der „sekundären Anstaltsgeburten" aufgestellt wurde, zeigte es sich, daß ein nicht unerheblicher Teil bestehen blieb, der nicht ohne weiteres den ausschließlich klinischen Entbindungen zugerechnet werden konnte, aber auch nach der oben angeführten Formulierung nicht zu den „sekundären" zu zählen war. Es handelt sich dabei

1. um jene Frauen, die wohl in der Klinik niederkommen wollten, aber noch längere Zeit nach Wehenbeginn zu Hause blieben und erst mit weiter fortgeschrittener Geburt, oft sogar erst mit Preßwehen zur Aufnahme kamen.
2. Hierunter rechnen auch jene Patienten, die von einem vorzeitigen Blasensprung zu Haus überrascht wurden, zwar in der Klinik niederkommen wollten, diese aber nicht sofort aufsuchten, sondern erst tagelang damit zu Hause warteten. — Es wird immer ein gewisser Zeitabstand zwischen Wehenbeginn und Klinikaufnahme auch bei den primären Anstaltsgeburten liegen, der allein schon durch den Transport bedingt ist, er wird meist aber nur wenige Stunden umfassen. Um nun unvermeidliche Transportverzögerungen zu berücksichtigen, haben wir von Geburtsbeginn an bis zur Aufnahme eine Grenze von 8 Stunden festgesetzt, da anzunehmen ist, daß in dieser Zeit die Schwierigkeiten bei entsprechendem Willen überwunden werden konnten. Die Frauen, die länger als 8 Stunden nach Wehenbeginn zu Hause blieben, haben aus einer gewissen Gleichgültigkeit heraus gehandelt und damit einen Teil ihrer Entbindung weder unter klinischer Leitung noch unter fachlicher Aufsicht erledigt. Für diese Zeit kann die Klinik nicht verantwortlich sein.

3. Ferner fallen in diese zwischen „primären" und „sekundären Anstaltsgeburten" stehende Gruppe die Frauen, welche von Arzt oder Hebamme nach Geburtsbeginn eingewiesen wurden, ohne daß eigentliche Komplikationen bestanden, und bei denen die Einweisung wegen ‚vorzeitigen Blasensprunges', ‚Frühgeburt', ‚häuslicher und sozialer Verhältnisse' oder überhaupt ohne Angaben erfolgte.

Das gemeinsame Kennzeichen dieser Fälle ist, daß sie nicht ausschließlich unter klinischer Geburtsleitung standen, aber doch noch „primär" zu nennen sind. Es handelt sich also um „eingeschränkt primäre Anstaltsgeburten".

Wenn man von Anstaltsgeburtshilfe spricht, muß man im Grunde alles das absondern, was nicht rein primäre Anstaltsgeburt ist, und wofür die Anstalten nicht auch die volle Verantwortung übernehmen können. Es wird um so mehr berechtigt erscheinen, diese Gruppe der nur „eingeschränkt primären Anstaltsgeburten" abzutrennen, da sie eine höhere Kindersterblichkeit haben als die ausschließlich primären Anstaltsentbindungen.



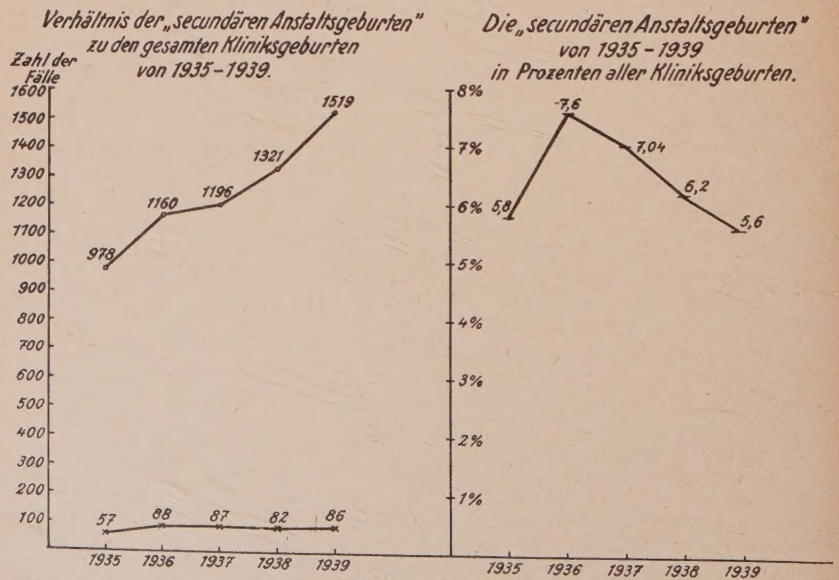

Die „eingeschränkt primären Anstaltsgeburten" von 1935 bis 1939

Bei den „sekundären Anstaltsgeburten" sind es hier und da Versäumnisse, Versagen und Fehler häuslicher Geburtshilfe bei pathologischen Fällen, die zu der Überweisung von Müttern in z. T. bedroh-

lichstem Zustand führen, wenn dies selbstverständlich auch nur für einen Teil der Fälle gilt. Stets aber wird die Hausgeburtshilfe von diesen Gruppen entlastet, die die Statistik der Anstaltsgeburten aber belastet, denn die Mortalität der „sekundären Anstaltsgeburten" ist ungewöhnlich hoch und nicht vergleichbar mit derjenigen der „primären", da es sich um ausgelesene Fälle handelt. Einen Eindruck von ihrer Bedeutung erhält man, wenn man sich vergegenwärtigt, daß an unserer Klinik in den letzten 15 Jahren von 92 mütterlichen Todesfällen überhaupt allein 49 die „sekundären Anstaltsgeburten" betrafen (B i c k e n b a c h). Dementsprechend weist die Müttersterblichkeit der von uns geprüften „sekundären Anstaltsgeburten" von 1935 bis 1939 die Zahl von 37,78 ‰ aller „sekundären Anstaltsgeburten" auf.

Zur Beurteilung der Rolle der „sekundären Anstaltsgeburten" seien weitere Zahlen herangezogen. Auf eine Gesamtgeburtenzahl von 6174 in den Jahren 1935—1939 kommen an „sekundären Anstaltsgeburten" 397, das sind 6,45 %.

Wie das Verhältnis sich in den einzelnen Jahren gestaltet, zeigt Abb. 2.




Verhältnis der „sekundären Anstaltsgeburten" zu den gesamten Kliniksgeburten von 1935—1939

Die Schwankungen lassen sich bei dem kleinen Material nicht auswerten, der prozentuale Abfall in den letzten Jahren ist eine rein statistische Folge und durch Zunahme der Gesamtgeburtenzahl bedingt. Im wesentlichen bleibt sich die Zahl der „sekundären Anstaltsgeburten" in der Berichtszeit gleich.

Von den 6174 Gesamtgeburten sind 26 mütterliche Todesfälle zu beklagen, also 4,2 ‰ aller Mütter. Von diesen 26 Todesfällen fallen 15 auf die „sekundären Anstaltsgeburten", demnach kommen noch mehr als die Hälfte der kleinen Gruppe von 397 zu. Es bleiben danach 11 mütterliche Todesfälle für die „primären Anstaltsgeburten" = 1,9 ‰. Diese Zahl stellt also die wirkliche klinische Geburtsmortalität dar und zeigt, was klinische Geburtshilfe zu leisten imstande ist. Sie steht einer Mortalitätsziffer von 3,35 ‰ bei häuslicher Geburtshilfe gegenüber, wie sie Pohlen für das Deutsche Reich 1936 veröffentlicht hat.

Zum Vergleich der Leistung bei klinischer Geburtshilfe seien noch andere Zahlen für Länder, Anstalten und Landkreise gebracht.

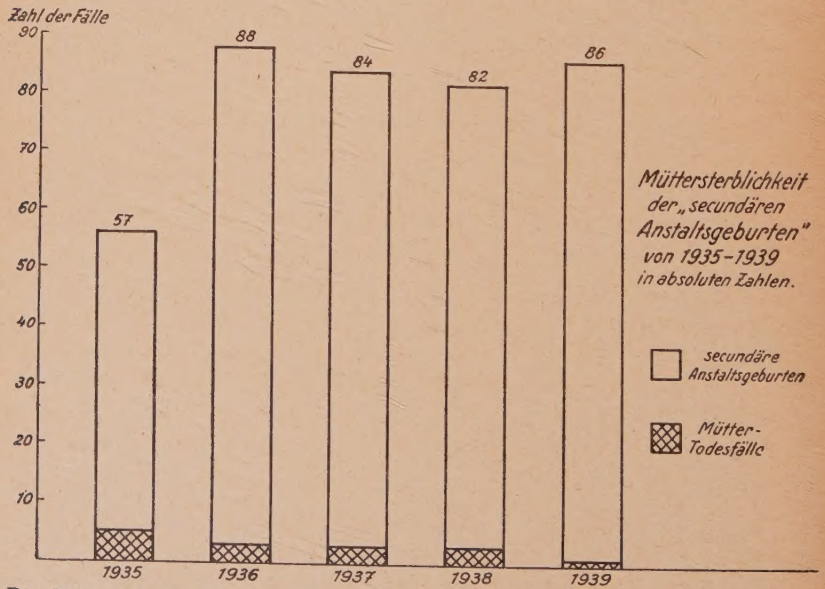
## Müttersterblichkeit

| | | | nach: |
|---|---|---|---|
| **Haus- und Anstaltsentbindungen:** | | | |
| Deutsches Reich | 1935 | 3,2 ‰ | Reichert |
| | 1938 | 2,78 ‰ | Reichert |
| Bergisches Land | 1929 | 2,3 ‰ | Laubenburg |
| Reg.-Bez. Lüneburg | 1918—29 | 2,5 ‰ | Fahlbusch |
| Finnland | 1911—20 | 3,8 ‰ | Leidenius-Leimi |
| Schweiz | 1935 | 3,92 ‰ | Schweiz. Stat. Jahrbuch |
| **Entbindungen im Privathaus:** | | | |
| Deutsches Reich | 1936 | 3,35 ‰ | Pohlen |
| | 1937 | 2,85 ‰ | |
| Westdeutschland | 1936 | 3,73 ‰ | Pohlen |
| Rhein.-Westf. Ind.-Geb. | 1936 | 3,07 ‰ | Pohlen |
| Mitteldeutschland | 1936 | 2,9 ‰ | Pohlen |
| Berlin und Hansestädte | 1936 | 1,75 ‰ | Pohlen |
| Stadt Düsseldorf | 1936 | 2,58 ‰ | Reichert |
| **Anstaltsentbindungen:** | | | |
| Deutsches Reich | 1936 | 7,65 ‰ | Pohlen |
| | 1938 | 5,9 ‰ | Pohlen |
| Basler Frauenklinik | 1916—36 | 3,1 ‰ | Dobler |
| Innsbrucher Frauenklinik | 1922—31 | 4,55 ‰ | Nevinny |
| Städt. Frauenklin. Stuttgart | 1913—27 | 5,5 ‰ | Gideon |
| Frauenklinik Bratislawa | 1900—26 | 9,4 ‰ | Graca |
| Göttinger Frauenklinik | 1925—39 | 6,24 ‰ | Bickenbach |
| | 1935—39*) | 1,90 ‰ | Bickenbach |
| Düsseldorfer Anstalten | 1938 | 3,3 ‰ | Reichert |

*) „primäre Anstaltsgeburten".

Der Versuch einer Differenzierung des Krankengutes in den Anstalten ist noch kaum gemacht worden. Bickenbach trennt als erster die ‚sekundären' von den ‚primären' Anstaltsgeburten ab. Etwas Ähnliches unternimmt Else Theisen, die unter den in den Düsseldorfer Kliniken operativ beendeten Entbindungen vergleicht zwischen denen, die von Anfang an in der Beobachtung der Klinik standen und jenen, die erst nach Wehenbeginn von draußen eingeliefert wurden. Sie stellt dabei einer Mortalität von 3,8 ‰ in der ersten Gruppe eine solche von 70 ‰ der letzten Gruppe gegenüber — wobei aber zu bemerken ist, daß es sich um verschiedenes Ausgangsmaterial handelt, das einander statistisch nicht gleichzusetzen ist.

Graphisch dargestellt zeigt die Müttersterblichkeit bei „sekundären Anstaltsgeburten" an der Göttinger Universitätsfrauenklinik von 1935 bis 1939 folgendes Bild. Abb. 3




Die Müttersterblichkeit der „sekundären Anstaltsgeburten" von 1935 bis 1939

Davon gingen 4 Frauen in Sepsis zugrunde.

**J. Nr. 1934/706:**

Aufnahme wegen primärer Wehenschwäche 9 Std. nach Wehenbeginn mit einer Temperatur von 37,2°. Nach dreistündigem Geburtsstillstand Temperatur 38,5° ohne vaginale Untersuchung in der Klinik. Bei sichtbarem Kopf

Zangenentbindung. Nach zweistündigem Abwarten manuelle Lösung der Placenta. Am 12. Tag nach der Geburt Tod infolge einer Sepsis.

Epikrise: Ohne vaginale Untersuchung trat in der Klinik Fieber auf, und es mußten bei der fiebernden Kreißenden zwei Eingriffe, Zange und manuelle Placentalösung, ausgeführt werden.

**J. Nr. 1935/750:**

27 Stunden zu Haus von Arzt und Hebamme betreut, aber ohne vaginale Untersuchung. Aufnahmetemp. 37,3°. In der Klinik einmal vaginal untersucht, nachdem die Temp. auf 38,2° heraufgegangen war. Zwei Stunden später Schüttelfrost. Herztöne schon eine Stunde vor der vaginalen Untersuchung nicht mehr zu hören. Perforation des Kopfes, Dekapitation. Nachtastung wegen zweifelhaften Placentabefundes. Sepsis.

Epikrise: Die Patientin kommt schon mit erhöhter Temperatur nach 27stündiger Wehentätigkeit in die Klinik. Nachher wurden bei der im Schüttelfrost fiebernden Kreißenden zwei Eingriffe, Perforation und Nachtastung nötig.

**J. Nr. 1937/87:**

Aufnahme nach 48stündigem Kreißen unter Aufsicht von Arzt und Hebamme mit einer Temp. von 37,2°. Die Temp. sinkt aber wieder ab. Zange, manuelle Lösung der Placenta. Sepsis und Bronchopneumonie.

Epikrise: Die Patientin kam mit erhöhter Temp. in die Klinik. Es wurden dann zwei Eingriffe, Zange und manuelle Lösung der Placenta, notwendig.

Die Infektion wäre wahrscheinlich bei einer Spontangeburt symptomlos verlaufen, bei den zwei erforderlichen operativen Eingriffen aber führte sie zur tödlichen Sepsis.

**J. Nr. 1938/1120:**

Nach Spontangeburt und fieberfrei verlaufenem Wochenbett Entlassung. Wiederaufnahme 3 Tage später mit plötzlichem Temperaturanstieg von 40°. Grippaler Infekt. 27 Tage nach der Wiederaufnahme Tod an Sepsis.

Epikrise: Die Patientin kam im Wochenbett mit einer zu Haus erworbenen Angina catarrhalis zur Wiederaufnahme, von der aus die septische Infektion erfolgte.

Von den 4 Sepsisfällen kamen 3 schon mit erhöhter Temperatur zur Einlieferung. In der Klinik mußten dann noch in jedem Falle mehrfache geburtshilfliche Operationen vorgenommen werden. Bei der vierten Patientin trat nach der Entlassung eine Angina catarrhalis hinzu, von der aus sich die Sepsis entwickelte.

Es bleibt noch zu erwähnen, daß in den letzten 5 Jahren in der Klinik bei den „primären Anstaltsgeburten" kein Mütterverlust durch Sepsis eingetreten ist.

3 mal war bei den Todesfällen nach „sec. Anstaltsgeburten" eine Peritonitis die Ursache für den ungünstigen Ausgang. Bei 2 Müttern entstand sie postoperativ nach einer sekundären Schnittentbindung.

**J. Nr. 1935/300:**

Bei der 1. und 2. vorausgegangenen Geburt manuelle Lösung einer „Placenta accreta". Es lebt keins der Kinder. Dieses Mal Aufnahme zwölf Stunden nach vorzeitigem Blasensprung mit Wehen ohne vaginale Untersuchung. Beckenendlage bei platt-rachitischem Becken 1. Grades. Wegen Unsicherheit der Spontangeburt und ungünstigen Ausganges der vorherigen Geburten Sectio caesarea, Amputation nach Porro wegen einer Placenta accreta. Darmlähmung. Anus praeter nat. Am 9. Tag Tod infolge Peritonitis.

Epikrise: Porro 17 Std. nach Blasensprung. Davon 12 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung zu Hause gekreißt trotz ungünstig verlaufener vorausgegangener Geburten. Exitus an Peritonitis.

**J. Nr. 1937/948:**

Nach 12stündigem Kreißen draußen ohne vaginale Untersuchung Aufnahme wegen Wehenschwäche bei engem Becken 2. Grades. Die Blase steht noch. Sectio caesarea. Insuffizienz des Kreislaufes. Eiterung der Wunde, Wundrevision. Am 4. Tag nach der Operation Tod an diffuser, eitriger Peritonitis und lobärer Pneumonie.

Epikrise: Sekundäre Sectio caesarea bei stehender Blase nach 24stündigem Kreißen, davon 12 Std. außerhalb der Klinik. Weder draußen noch in der Klinik vaginal untersucht. Peritonitis.

Bei der 3. Patientin trat eine Infektion zu Hause auf, nachdem sie bereits 24 Tage aus der Klinik entlassen war.

**J. Nr. 1939/911.**

Entlassung nach glatt verlaufenem Wochenbett. Wiederaufnahme 24 Tage später wegen plötzlich auftretender Schmerzen im Leib. Am 45. Tag post partum Tod an frischer, diffuser, fibrinös eitriger Peritonitis, ausgehend von einer nekrotisierenden Endometritis.

Bei den 3 Peritonitisfällen ist ein Versagen der Träger der Hausgeburtshilfe nicht festzustellen.

Je einmal lagen vor:

1. Kreislaufschwäche nach großem Blutverlust im Anschluß an eine Sectio caesarea.

**J. N. 1938/1186.**

Aufnahme mit leichten Wehen und Blutungen mit einer Temp. von 37,7 °. Sectio caesarea bei Placenta praevia totalis increta. Nach der Operation Schüttelfröste, Blutungen. Bluttransfusion, Nachcurettage, Uterustamponade. Bei der Vorbereitung zur zweiten Transfusion Tod der Patientin.

Epikrise: Placenta praevia increta. Starke Blutung bei der Sectio caesarea isthmica. Nachblutung. Auf die Amputation nach Porro wurde verzichtet, da die Blutung zu stehen schien.

Die häusliche Geburtshilfe ist für den Ausgang nicht verantwortlich.

2. Eklampsie.

**J. Nr. 1937/178.**

Einweisung 6 Std. nach Wehenbeginn wegen drohender Eklampsie. In der letzten Zeit bereits geschwollene Füße. Bei der Aufnahme Blutdruck von 180/120, Eiweiß im Urin stark positiv. Nach dem zweiten eklamptischen Anfall Schnittentbindung mit starker Blutung bei der Entwicklung des Kindes. Kurz nach der Operation Tod in einem neuen eklamptischen Anfall.

Epikrise: Anscheinend sehr starker Blutverlust, der in Verbindung mit der Eklampsie den Kreislauf zum Erliegen brachte.

Weder bei der Hebamme noch dem einweisenden Arzt ist ein Versagen festzustellen, aber die Patientin ist von Gleichgültigkeit nicht frei zu sprechen, da sie schon längere Zeit Symptome der drohenden Eklampsie hatte, und diese unbehandelt ließ.

3. Pleuritis purulenta.

**J. Nr. 1935/424.**

Aufnahme nach 3 draußen erfolgten eklamptischen Anfällen. Sofortige Sectio caesarea. Stroganoffkur. Am 5. Tag nach der Operation Pleuritis. Rippenresektion. Am 28. Tag nach der Schnittentbindung Tod an pleuritischem Empyem.

Epikrise: schwere Eklampsie. Sectio caesarea, Bronchopneumonie, Pleuritis, Rippenresektion. Plötzlicher Tod in der chirurgischen Klinik, möglicherweise durch Nephritis in Verbindung mit Empyem und Lungenprozeß.

Da die Patientin bereits seit 8 Wochen Ödeme an Händen und Beinen hatte, die unbehandelt blieben, ist ihrer Gleichgültigkeit die Hauptverantwortung zuzuschreiben.

4. Nephritis.

**J. Nr. 1935/532.**

Einweisung 20 Std. nach Wehenbeginn wegen drohender Eklampsie und primärer Wehenschwäche. Draußen einmal vaginal untersucht. Bei der Aufnahme Blutdruck von 195/100 mm Hg starke Ödeme. Wegen hohen Gradstandes, primärer Wehenschwäche, Uebertragung des Kindes bei drohender Eklampie Sectio caesarea. Einen Tag nach der Operation leichte Krampfanfälle, am 2. Tag nach der Schnittentbindung Tod infolge frischer, diffuser Glomerulonephritis und Gehirnödem.

Auch in diesem Fall ist der Gleichgültigkeit der Patientin die Hauptschuld zu geben, welche 4 Wochen mit den Zeichen einer Nierenschädigung unbehandelt blieb.

Von diesen 4 Fällen wurden 3 kompliziert durch die Gleichgültigkeit der Frauen, die eine Toxikose sich voll entwickeln ließen.

Es bleiben an extragenitalen tödlichen Erkrankungen je einmal tuberkulöse Basalmeningitis (J. Nr. 1936/141), Pneumonie (J. Nr. 1936/1034), Kleinhirnbrückenwinkeltumor (J. Nr. 1936/1045) und Lungenembolie (J. Nr. 1935/756).

Die angeführten Fälle zeigen, daß ein offensichtliches Versagen von Hebamme oder Hausarzt bei keinem der 15 Todesfälle vorliegt und sie keine Schuld trifft für den unglücklichen Ausgang. Die Beispiele zeigen aber auch, vor welche Schwierigkeiten oft die Klinik gestellt wird durch die Unwissenheit und Gleichgültigkeit der Frauen selbst.

Stellen wir das Ergebnis dieser Betrachtung über die Todesfälle zusammen, so ergibt sich folgendes:

1. Dreimal erfolgte die Einweisung in die Klinik bei bereits erhöhter Temperatur. In der Klinik wurden mehrere Eingriffe notwendig. Anschließend entwickelte sich eine Sepsis.
   (J. Nr. 1934/706; 1936/750; 1937/87.)
2. Dreimal kam es durch Gleichgültigkeit der Frauen zu einem sonst vermeidbar gewesenen schweren Krankheitsbild.
   (J. Nr. 1937/178; 1935/424; 1935/532.)
3. Zweimal wurde nach fieberfreier Entlassung eine Wiederaufnahme mit Infektion nötig.
   Einmal m. extragenitalem Infekt (Angina catarrh.)
   (J. Nr. 1938/1120.)
   Einmal mit genitalem Infekt.
   (J. Nr. 1939/911.)

Der unglückliche Ausgang trat ohne Zusammenhang mit der häuslichen Geburtsleitung ein in folgenden Fällen:

1. Peritonitis (J. Nr. 1937/948).
2. Verblutung (Sectio statt Porro bei Plac. pr. increta).
   (J. Nr. 1938/1186.)
3. 4 Fälle mit extragenitalen Erkrankungen.
   (J. Nr. 1936/141; 1936/1034; 1936/1045; 1936/756.)

Bei einem der besprochenen Fälle muß es offenbleiben, ob die häusliche Geburtsleitung mitverantwortlich ist für den ungünstigen Verlauf:

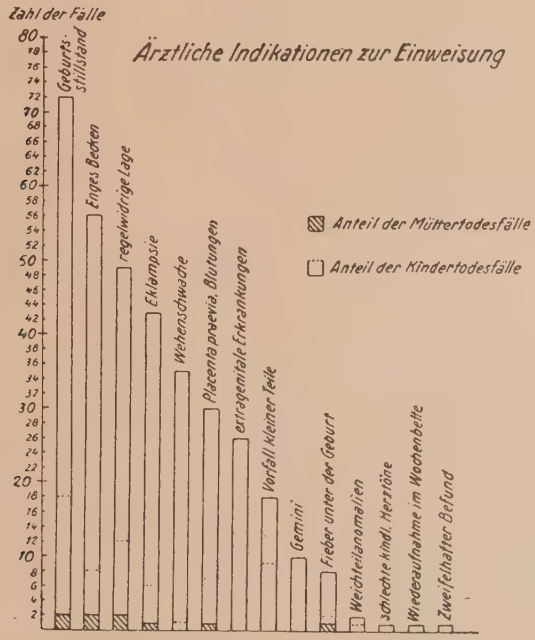
Peritonitis nach Einweisung nach 12stündigem Warten zu Haus mit vorzeitigem Blasensprung bei vorausgegangenen ungünstigen Geburten.

(J. Nr. 1935/300.)

Sehen wir uns nun die übrigen „sekundären Anstaltsgeburten" an, die nicht mit tödlichem Ausgang endeten.

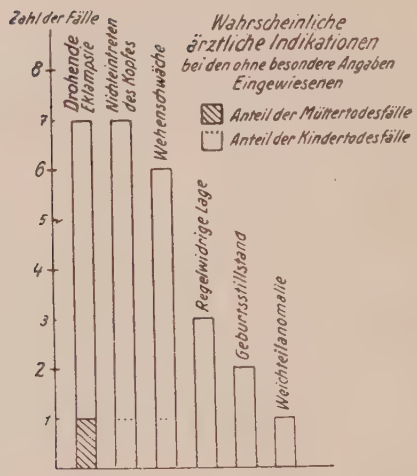
Es sei zunächst darauf eingegangen, weshalb die Aerzte oder Hebammen die Einweisung veranlaßten (s. Abb. 4a, 4b, 4c).

Abb. 4a



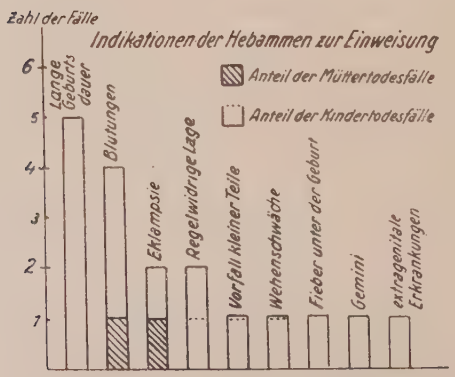

Von den Aerzten angegebene Indikationen zur Einweisung von 352 Kreißenden.

Abb. 4b




Wahrscheinliche ärztliche Indikationen bei den ohne besondere Angabe Eingewiesenen (26 Kreißende).

Abb. 4c




Indikationen der Hebammen zur Einweisung (18 Kreißende).

Am häufigsten waren „Geburtsstillstand", „regelwidrige Lage", „Eklampsie" und „Placenta praevia" die Ursache der Einweisung. Folgende Einzelfälle erscheinen besonders erwähnenswert.

**Beispiel 1.**

**J. Nr. 1935/415**

23jähr. I. Para.

| | | |
|---|---|---|
| vor 3 Wochen | | Auftreten von Oedemen. |
| 9. 6. 35 | 0,30h | Wehenbeginn. |
| | 10h | Blasensprung. |
| | 13h | erster eklamptischer Anfall vaginale Untersuchung des Arztes. |
| | 13,15h | 2. eklamptischer Anfall Morphium. |
| | 13,45h | 3. eklamptischer Anfall. |
| | 14,3h | 4. eklamptischer Anfall. |
| | 14,18h | 5. eklamptischer Anfall. Morphium. |
| | | Transport im Auto des Arztes aus dem 4 km entfernten Wohnort in die Klinik. Im Auto erfolgen der 6. u. 7. Anfall. |
| | 15h | Aufnahme. |
| | | Befund: Zweite Schädellage. Muttermund vollständig. Leitstelle im B. E. R. R. 135/75. |
| | | Forceps. Geburt eines asphyktischen reifen Kindes, das wiederbelebt wird. Stroganoffkur. |
| 29. 6. | | Entlassung. |

**Beispiel 2.**

**J. Nr. 1935/13**

25jähr. II. Para.

| | | |
|---|---|---|
| 2. 1. 35 | 9h | Wehenbeginn. |
| 3. 1. | 3h | Blasensprung. |
| | | durch Hebamme 2mal |
| | | durch Arzt 10mal |
| | | vaginal untersucht. |
| | | Einweisung. |
| 4. 1. | 21.45h | Aufnahme. |
| | | Befund: Verschleppte Querlage. Muttermund verstrichen. Arm und Schulter fest in Beckenausgang. Keine Herztöne. Gute Wehen. |
| | 22.35h | Decapitation. |
| 18. 1. | | Entlassung. |

**Beispiel 3.**

**J. Nr. 1936/545**

30jähr. IV. Para.

Seit $2^1/_2$ Monaten Blutungen, in den letzten Tagen sehr stark.

| | | |
|---|---|---|
| 20. 6. | 9h | Wehenbeginn mit Blutung. |
| | 11h | Tamponade vom Arzt. |
| | 23.45h | Einweisung wegen Placenta praevia. |
| | 23.45h | Aufnahme. Befund: 1. Schädellage. Muttermund 3—4 cm. Leitstelle beweglich im B. E. Frisches Blut am äußeren Genitale. Haemoglobin 40 Prozent. |
| | 0h | Entfernung der Tamponade, die aus einer Anzahl von Tupfern besteht. Zwei-Fingerwendung. Extraktion. Geburt eines toten Kindes. Haemoglobin 35 Prozent. |
| 8. 7. | | Entlassung. |

Unter den extragenitalen Erkrankungen zwangen „toxischer Ikterus" und „Herzvitien" zu sofortigem Eingreifen. „Pyelitis", „Lungentuberkulose", „Basedow", „Diabetes" waren es weiter, die, um vor überraschenden Ereignissen sicher zu sein, von der Hausgeburtshilfe als Grund zur Einweisung angegeben wurde.

Weitere Indikationen sind „Vorfall kleiner Teile", „Gemini", „Fieber unter der Geburt", „schlechte kindliche Herztöne". Auch unter diesen Eingewiesenen ist ein mütterlicher Todesfall zu beklagen. Meistens standen diese Frauen bereits längere Zeit draußen unter Ueberwachung während der Geburt und wurden z. T. anbehandelt der Klinik überwiesen. Auf diese wichtige Gruppe soll später noch ausführlich eingegangen werden.

Ferner zwangen „Weichteilanomalien", wie sie durch Uterus duplex und Gynatresie geschaffen wurden, zur klinischen Entbindung (s. Beispiel 4, S. 17).

**Beispiel 4.**

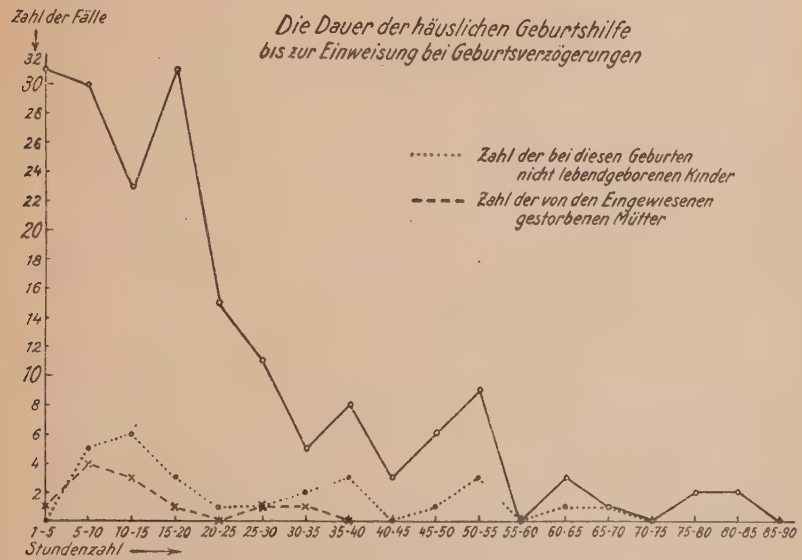
**J. Nr. 1937/870**

22jähr. I. Para.

| | |
|---|---|
| 22. 10. 37 15h | Wehenbeginn. |
| | Einweisung vom Arzt wegen Gynatresie. |
| 20.15h | Aufnahme. |
| | Befund: Vulva verschlossen durch dünne perforierte Membran. Incision. |
| 21h | Forceps. Geburt eines blau asphyk. unreifen weiblichen Kindes (1690 g, 45 cm). |
| 21.10h | Manuelle Extraktion eines zweiten unreifen weiblichen Kindes (1540 g, 43,5 cm). |
| | Beide Kinder für kurze Zeit wieder belebt. |
| 21.30h | Geburt der Placenta. |
| | Im Wochenbett stark fötide Lochien. Nahtverheilung per secundam. |
| 13. 11. 37 | Entlassung. |

Bei den Frauen, die wegen Geburtsverzögerung eingewiesen wurden, ist die Dauer der häuslichen Geburtshilfe von Interesse. (Siehe Abbildung 5).

Abb. 5




Die Dauer der häuslichen Geburtshilfe bis zur Einweisung bei Geburtsverzögerung.

In Abb. 5 wurde graphisch dargestellt, wie lange die Mütter bereits zu Hause gekreißt haben, ehe ihre Aufnahme in die Klinik erfolgte. Die meisten kamen in den ersten Stunden. Nach der 15. bis 20. Stunde fällt die Kurve steil ab. Es wird also nur in Ausnahmefällen extrem lange mit der Einweisung gezögert, was sehr zu begrüßen ist. Meist wird auch die 48-Stunden-Grenze (D ö d e r l e i n) nicht abgewartet.

Daß innerhalb der letzten Jahre noch eine Besserung erfolgte, wird dann klar, wenn man die Jahre 1935 und 1939 einander gegenüberstellt. 1935 waren die häufigsten Einweisungen erst nach 20- bis 25stündiger Wehentätigkeit, dagegen kamen 1939 die meisten Frauen schon in den ersten fünf Stunden zur Aufnahme. Auffallend bei der Kurve ist noch eine leichte Zunahme der Aufnahmen nach der 50. Stunde. Vielleicht ist die Ursache dafür der Döderleinsche Ausspruch „die Sonne darf über einer Kreißenden nicht mehr als zweimal untergehen". Doch läßt sich das bei der kleinen Zahl nicht sicher sagen.

Nur wenige Ärzte und Hebammen haben mit der Einweisung mehr als 55 Stunden gewartet.

**B e i s p i e l 5.**

**J. Nr. 1936/608**

33jährige I. Para.

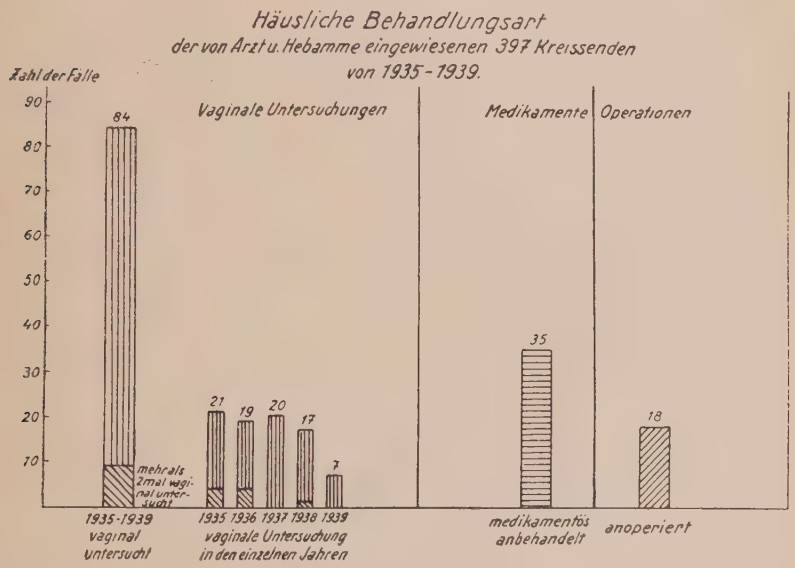
| | | |
|---|---|---|
| 7. 7. 36 | 11h | Wehenbeginn. |
| 8. 7. | 13h | Blasensprung. |
| | | Nach 61 S t u n d e n: Einweisung vom Arzt wegen Geburtsstillstand bei engem Becken. |
| 10. 7. | 0,15h | Aufnahme. |
| | | Befund: 1. Schädellage. Muttermund 5 cm. Leitstelle beweglich im B. E. Allgemein verengtes Becken. Conj. vera 8,9 (Röntgenaufnahme). Temperatur 37,5°, Puls 120. Mäßige Wehen. Meconiumhaltiges Fruchtwasser. Sectio. |
| 29. 7. | | Entlassung. |

Derartige Fälle stellen an die Klinik ganz besondere Anforderungen. Eine dem heutigen Stand der Kenntnisse angepaßte Geburtsleitung vermag das Risiko des erforderlichen Eingriffes durch frühere Einweisung wesentlich zu verringern.

Verfolgt man nun die in diese graphisch aufgezeichneten Einweisungszeiten eingetragenen mütterlichen Todesfälle, so muß man feststellen, daß diese bei jenen Frauen, die nach 30—35stündiger

Wehentätigkeit eingewiesen wurden, im Verhältnis am häufigsten sind (= 1 Todesfall von 5 Eingewiesenen). Bei späterer Einweisung sind keine Mütterverluste mehr eingetreten.

Es empfiehlt sich, bei dieser Zusammenstellung auch zu berücksichtigen, ob bereits draußen eine Behandlung der Frauen erfolgte und welcher Art sie war.




Häusliche Behandlungsart der von Arzt und Hebamme eingewiesenen 397 Kreißenden von 1935—1939.

Wir haben zu den „Behandlungen" folgende Maßnahmen gezählt:

a) Die Verabreichung von Medikamenten
— Wehenmitteln, Morphium, Atropin —

b) Operationen
— wie Forceps- oder Wendungsversuche, Repositionen, Tamponaden, Blasensprengungen,
und als Sondergruppe

c) die vaginale Untersuchung.

Gegen eine ein- und auch zweimalige vaginale Untersuchung, die draußen zur Sicherung der Diagnose erforderlich werden kann, wird man nichts einwenden können. Man muß jedoch verlangen, daß bei regelrechter Entbindung die Leitung der Geburt auch ohne vaginale

Untersuchung durchgeführt werden kann, da die äußere und rektale Untersuchung meist ausreicht. Wenn aber Mütter zur Aufnahme kommen, bei denen der Arzt zehnmal und die Hebamme zweimal untersuchten (J. Nr. 1935/13), oder der Arzt viermal und die Hebamme einmal (J. Nr. 1935/379) — s. Beispiel 2 S. 15 und 6 S. 20 — so geht das doch weit über das Maß des Verständlichen heraus, und es scheint den Betreffenden nicht klar zu sein, daß sie damit innere Eingriffe unternehmen, die kleinen Operationen gleichkommen, also das mütterliche Leben gefährden, und auch das weitere klinische Handeln stark beeinträchtigen.

**Beispiel 6.**

**J. Nr. 1935/379**

32jährige I. Para.

Seit fünf Monaten Ödeme. Seit 2 Tagen Kopfschmerzen, Augenflimmern, Übelkeit.

| | | |
|---|---|---|
| 23. 5. 35 | 8h | Wehenbeginn.<br>einmal vaginal untersucht von der Hebamme,<br>viermal untersucht von dem Arzt.<br>Nach 23 Std. Einweisung wegen drohender Eklampsie. |
| 24. 5. | 7h | Aufnahme.<br>Befund: 2. Schädellage. Muttermund 8 cm. Blase steht. Leitstelle oberh. d. Interspinalebene. RR 195:120. Temp. 36,6°, Puls 83. Ödeme. Urinausflockung. Eklamptischer Anfall.<br>Vergeblicher Zangenvers. Wendung.<br>Extraktion. Geb. eines lebensfrischen Kindes.<br>Stroganoffkur.<br>Im Wochenbett Endometritis. |
| 13. 6. | | Entlassung. |

Doch muß auch hier hervorgehoben sein, daß die vaginalen Untersuchungen bei den Eingewiesenen allgemein in den letzten Jahren stark abgenommen haben, ganz besonders auch die mehrfachen — d. h. mehr als zweimal —, von denen in den letzten drei Jahren bei uns nur ein Fall beobachtet wurde.

| | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | Fälle |
|---|---|---|---|---|---|---|
| vaginale Untersuchung vor der Einlieferung | 21 | 19 | 20 | 17 | 7 | 84 |
| davon mehr als 2 mal | 4 | 4 | — | 1 | — | 9 |

Über die medikamantös anbehandelten Kreißenden ist nicht viel zu sagen, nur in wenigen Fällen kam es durch überreichliche Verabfolgung von Wehenmitteln zu Utersukontraktionen und zum Geburtsstillstand, wo nach der Klinikaufnahme mit Belladonna- und Pantopongaben eine leichte Spontangeburt erfolgte.

Eine besondere Beachtung aber verdienen die 18 Eingewiesenen, die als „Anoperierte" zur Aufnahme kamen. Zur Beurteilung der vorgenommenen Maßnahmen sind die Geburtsberichte beigefügt.

**J. Nr. 1935/114.**

28jährige I. Para.

Vorgeschichte:

14. 2. 35 21h Wehenbeginn.
15. 2. 10h Blasensprung.
1 vaginale Untersuchung durch die Hebamme.
1 vaginale Untersuchung durch den Arzt.
Fieber unter der Geburt, Kopf in Beckenmitte.
Vergeblicher Zangenversuch.
Einweisung vom Arzt, da der Arzt „wegen herrschender Grippeepidemie keine Zeit zum weiteren Abwarten hat".

Befund bei der Aufnahme:

15. 2. 16.30h 2. Schädellage. Muttermund verstrichen, Leitstelle auf Beckenboden. Temperatur 39°, Puls 112. Wegen des bestehenden Fiebers und sinkender kindlicher Herztöne Episiotomie,
Forceps.
16.40h Geburt eines frischen reifen männlichen Kindes.
16.55h Geburt der Placenta.
Im Wochenbett Endometritis. Die Episiotomiewunde heilt per secundam, es bleibt eine recto-perineale Fistel.
1. 3. Entlassung fieberfrei mit Fistel.

**J. Nr. 1935/469.**

24jährige I. Para.

Vorgeschichte.

24. 6. 35 Wenig gute Wehen.
27. 6. Zuziehen eines Arztes: Wehenkur, danach gute Wehen.
17.30h Plötzlich schlechte Herztöne.
19h Keine Herztöne mehr.
Muttermund handtellergroß, Kopf in Beckenmitte.
Vergeblicher Forcepsversuch. Blutung.
Anruf der Poliklinik.
Es wird ein Cervixriß festgestellt, und die Pat. in die Klinik transportiert.

Befund bei der Aufnahme:

27. 6. 21.30h Kopf fast auf Beckenboden. Keine Herztöne. Perforation.
22.15h Geburt eines toten reifen Kindes aus Vorderhauptslage.
22.25h Geburt der Placenta.
Naht des Cervixrisses.
7. 7. Entlassung.

**J. Nr. 1936/215.**

30jährige I. Para.

Vorgeschichte.

7. 3. 36 14h Wehenbeginn.
8. 3. 21h Blasensprung.
Wehenmittel, vaginale Untersuchung.
Vergeblicher Zangenversuch.
Einweisung vom Arzt 38 Stunden nach Wehenbeginn wegen Wehenschwäche.

Aufnahmebefund.

9. 3. 4h 2. Schädellage. Muttermund scheint verstrichen. Leitstelle unterhalb der Interspinalebene. Temperatur 37,1°, Puls 104.
8.20h Spontangeburt eines lebensfrischen reifen Kindes.
8.40h Geburt der Placenta.
17. 3. Entlassung.

**J. Nr. 1936/450.**

27jährige I. Para.

Vorgeschichte.

19. 5. 36 1h Vorzeitiger Blasensprung.
14.30h Wehenbeginn.
Einmal vaginale Untersuchung, 3 Spritzen.
Vergeblicher Forcepsversuch.
Einweisung vom Arzt wegen Wehenschwäche.

Aufnahmebefund.

20. 5. 11h 1. Schädellage. Muttermund verstrichen, Kopf auf Beckenboden.
Hypophysin.
13h Keine Wehenbesserung, Eindruck einer Uterusmuskellähmung.
Forceps.
13.15h Geburt eines leicht asphyktischen, reifen Kindes, das wiederbelebt wird.
14h Geburt der Placenta nach Credé.
29. 5. Entlassung.

**J. Nr. 1936/545.**

Siehe auch S. 16.

30jährige IV. Para.

Vorgeschichte.

3 Spontangeburten.
Seit 2½ Monaten Blutungen, in den letzten Tagen sehr starke Blutungen.

20. 6. 36 9h Wehenbeginn, Blutung.
11h Tamponade vom Arzt.
Einweisung wegen Placenta praevia.

Aufnahmebefund.

20. 6. 23.45h 1. Schädellage. Muttermund 3—4 cm, Leitstelle beweglich im B. E. Frisches Blut am äußeren Genitale. Schwere Anaemie. Haemoglobin 40 Proz. Puls 100. Temperatur 36,2°.
0h Entfernung der Tamponade, die aus einer Anzahl von Tupfern besteht.
0.25h Zweifingerwendung. Blasensprengung.
Extraktion. Geburt eines toten reifen Kindes.
0.30h Geburt der Placenta.
Haemoglobin 35 Proz.
Im Wochenbett Bronchitis, Endometritis.
8. 7. Entlassung.

**J. Nr. 1936/763.**

33jährige V. Para.

Vorgeschichte.

Zwei Spontangeburten, eine Steißgeburt, eine Totgeburt.

2. 9. 36 16h Wehenbeginn.
21h Die Hebamme hielt die Fruchtblase für den Kopf und sprengte die Blase. Dabei fiel ihr eine Regelwidrigkeit der Lage auf. Zuziehen eines Arztes.
Vergeblicher Wendungsversuch ohne Narkose.
Einweisung vom Arzt wegen Querlage.

Aufnahmebefund.

3. 9. 3h Zweite Querlage. Muttermund verstrichen. Herztöne 192. Arm und Nabelschnurvorfall.
3.50h Wendung. Dammriß 1. Grades.
Geburt eines asphyktischen reifen Kindes, das bald schreit.
4.55h Geburt der Placenta.
14. 9. Entlassung.

**J. Nr. 1936/861.**

26jährige III. Para.

Vorgeschichte.

Eine Zangengeburt, eine Spontangeburt.

8. 10. 17h Wehenbeginn.

22.40h Blasensprengung durch die Hebamme.
1 vaginale Untersuchung durch den Arzt und Einweisung wegen Beckenendlage und primärer Wehenschwäche.

Aufnahmebefund.

9. 10. 1.50h 2. Beckenendlage. Muttermund 6 cm. Leitstelle über Beckeneingang.
Zweimal Wehenkur.

7.53h Sinkende Herztöne, Geburtsstillstand, primäre Wehenschwäche, Einklemmung der vorderen Muttermundslippe. Manuelle Extraktion mit großer Schwierigkeit. Keine Nabelschnurpulsation.

9h Perforation des toten Kindes.

9.30h Geburt der Placenta spontan.

17. 10. Entlassung.

**J. Nr. 1936/915.**

28jährige III. Para.

Vorgeschichte.

2.11.36 16h Vorzeitiger Blasensprung.
Armvorfall.

19h Zuziehen eines Arztes. Vergeblicher Repositionsversuch. Einweisung.

Aufnahmebefund.

19.50h Arm- und Nabelschnurvorfall (keine Pulsationen). 1. Schädellage. Kopf beweglich über Beckeneingang.
Decapitation des toten Kindes.

20.17h Geburt eines decapitierten Kindes in conduplicatio corpore.

20.19h Geburt der Placenta. Nachtastung.
Im Wochenbett geringe Endometritis.

13. 11. Entlassung.

**J. Nr. 1937/80.**

21jährige I. Para.

Vorgeschichte.

29. 1. 37 12h Wehenbeginn.
Vaginale Untersuchung. Wehenmittel.

30. 1. 12h Zweimal Wehenmittel. Blasensprengung.

12.30h Vergeblicher Zangenversuch bei erweitertem Muttermund, bei noch nicht gedrehter Pfeilnaht wegen Wehenschwäche.
Einweisung in die Klinik mit „Verdacht auf eingehakte Zwillinge".

Aufnahmebefund.

30. 1. 14.50h 2. Schädellage. Kopf auf Beckenboden. Temperatur 38,1°. Puls 124. Schlechte Austreibungswehen.
Hypophysin.
15.30h Spontangeburt eines reifen, leicht asphyktischen Kindes.
16.10h Geburt der Placenta.
Im Wochenbett Temperaturanstieg, fötide Lochien.
8. 2. Normale Temperatur.
13. 2. Entlassung.

**J. Nr. 1937/368.**

41jährige IV. Para.

Vorgeschichte.

Zwei Spontangeburten, eine Zangengeburt.

8. 5. 37 17h Wehenbeginn.
23.30h Blasensprung.
9. 5. 11.30h Vergeblicher Zangenversuch (18 Stunden nach Wehenbeginn).
Einweisung vom Arzt wegen Wehenschwäche.

Aufnahmebefund.

9. 5. 13.15h 1. Schädellage. Muttermund bis auf Saum vollständig. Leitstelle 2 Querfinger oberhalb der Interspinalebene.
Wehenkur.
14h Spontangeburt eines blau asphyktischen Kindes, das bald schreit.
14.35h Geburt der Placenta.
Im Wochenbett Periphlebitis.
22. 5. Entlassung.

**J. Nr. 1937/474.**

41jährige I. Para.

Vorgeschichte.

Eine Fehlgeburt (mens 3).

5. 6. 37 21h Vorzeitiger Blasensprung.
6. 6. 20h Wehenbeginn.
8. 8. Vaginale Untersuchung.
Vergeblicher Forcepsversuch.
Einweisung vom Arzt wegen Geburtsstillstand.

Aufnahmebefund.

8. 6. 17h 2. Schädellage. Muttermund vollständig. Kopf noch von beiden Seiten abzutasten. Temperatur 37,4°. Puls 92. Wehenmittel.
Ansteigen der Herztöne, langes Kreißen.
Forceps.
20.10h Geburt eines kaum asphyktischen, reifen Kindes.
20.30h Geburt der Placenta.
Basergin.
18. 6. Entlassung.

**J. Nr. 1938/51.**

34jährige V. Para.

Vorgeschichte.

17. 1. 38 21.30h Wehenbeginn.
23.30h Blasensprung.
Wendungsversuch vom Arzt bei 1. dorso-posteriorer Querlage mit Vorfall des linken Armes vergeblich.
Einweisung.

Aufnahmebefund.

18. 1. 2h Kopf links unten auf der Beckenschaufel. Aus der Vulva schaut eine linke Hand. Sehr fest kontrahierter Uterus. Gute kindliche Herztöne.
Wendung nach mehrfach vergeblichen Versuchen.
Extraktion. Dammriß 2. Grades.
2.45h Geburt eines reifen, weiß asphyktischen Kindes, das trotz aller Bemühungen nicht wieder belebt werden kann.
3h Lösung und Geburt der Placenta.
Im Wochenbett anfangs bei subfebrilen Temperaturen starke übelriechende Lochien. Basergin. Damm pp. verheilt. Normale Lochien.
31. 1. Entlassung bei subjektiv gutem Befinden.

Sektionsbericht: Reifes weibl. Neugeborenes. Starke Cyanose der Haut, der Beine und des Kopfes. Subpleurale, subepicardiale und subperiostale Blutungen. Einriß des rechten Tentoriums und der Falx-cerebri.

**J. Nr. 1938/201.**

25jährige I. Para.

Vorgeschichte.

23. 2. 38 23h Wehenbeginn.
24. 2. 16h 17 Stunden nach Wehenbeginn Zuziehen eines Arztes durch die Hebamme. Vorliegender Steiß ins Becken eingetreten, Muttermund handtellergroß.
Thymophysin: kräftige Wehen.
18h Steiß auf Beckenboden.
21.30h Versuch der Zange.

25. 2. 1.30h Das Kind folgt nicht dem Zangenversuch, Geburtsstillstand. Einweisung.

Aufnahmebefund.

5.30h 2. Beckenendlage. Scrotum in der Vulva sichtbar. Mäßige Wehen. Temperatur 36,6°. Puls 96.

6.5h Hypophysin. Leise, unregelmäßige, steigende Herztöne. Stillstand der Geburt.

7.30h Mediale Episiotomie. Manuelle Extraktion. Geburt eines reifen, asphyktischen Kindes, das sich schnell erholt. Basergin.

7.45h Geburt der Placenta. In den ersten Wochenbettstagen Temperaturen bis über 38°. Stark riechende Lochien. Gut verheilte Dammnaht. Temperaturabfall nach Gynergen und Eisblase.

10. 3. Entlassung.

**J. Nr. 1938/332.**

25jährige III. Para.

Vorgeschichte.

Eine Spontangeburt, eine Steißgeburt.

3. 4. 38 23.30h Blasensprengung vom Arzt zwecks Einleitung des Kopfes bei nicht erweitertem Muttermund. Vaginale Untersuchung von Arzt und Hebamme. Einweisung wegen „regelwidriger Geburt".

Aufnahmebefund.

4. 4. 1.30h 1. Schädellage. Kopf beweglich über dem Becken. Muttermund 5—6 cm. Vorangehender Teil rectal nicht zu erreichen. Gute Wehentätigkeit. Temperatur 37,7°. Puls 96. Im rechten Hüftgelenk knöcherne Verwachsung.

5.30h Schmerzhaftigkeit im unteren Uterinsegment.

7.30h Vaginale Untersuchung. Muttermund fast verstrichen. Pfeilnaht im geraden Durchmesser, Kopf schwer abschiebbar. Diagnose: hoher Gradstand. Wegen außerordentlich großer Schmerzen Wehenausschaltung. Beschluß zur Sectio caesarea wegen drohender Uterusruptur. Geburt eines frischen reifen Kindes durch Schnittentbindung.

19. 4. Entlassung nach gutem Verlauf.

**J. Nr. 1938/795.**

23jährige III. Para.

Vorgeschichte.

1936 Sectio caesarea, Eklampsie.

24. 9. 38 2,20h Vorzeitiger Blasensprung.

27. 8. 8h Wehenbeginn
Seit 11 Tagen keine Bewegungen mehr. Geburtstermin in 4 Wochen.
Zweimal vergeblicher Zangenversuch vom Arzt bei Hydrocephalus.
Einweisung.

Aufnahmebefund:

28. 8 10h 2. Schädellage. Muttermund verstrichen, Blase gesprungen, Kopf in der Wehe sichtbar, aber oben noch abzutasten. Keine Herztöne. Preßwehen. Temperatur 37,4°. Puls 92. Vaginale Untersuchung. Diagnose: Hydrocephalus. Perforation des toten Kindes. Extraction.

10.40h Geburt eines unreifen, toten Kindes mit mehrfacher Nabelschnurumschlingung und Mißbildungen.*)

10,55h Geburt der Placenta.

5,9. Entlassung.

**J. Nr. 1939/354.**

22jährige II. Para.

Vorgeschichte.

1 Spontangeburt.

Vor 14 Tagen stärkere Blutung: Tamponade vom Arzt.

31. 3. 39 23h Wehen, Blutung: Tamponade vom Arzt. Einweisung wegen Verdacht auf Placenta praevia.

Aufnahmebefund:

1. 4. 2,10h Starke Blutung. Die Tamponade ist völlig durchblutet. Haemoglobin 50 %.
Sectio bei Placenta praevia marginalis.

2.45h Geburt eine leicht asphyktischen, reifen Kindes.

2,50h Geburt der Placenta.

14. 4. Entlassung.

**J. Nr. 1939/453.**

19jährige I. Para.

Vorgeschichte.

22. 4. 39 21,45h Vorzeitiger Blasensprung.

22h Wehenbeginn.

---

*) Mißbildung des äußeren Ohres. Radialer Strahlmangel links. Aplasie der Lungen, Kammerscheidewanddefekt des Herzens, Tricuspidalstenose.

23. 4. 12h Zuziehen eines Arztes wegen Aussetzung der Wehen. Wehenmittel: keine besseren Wehen. Geburtsstillstand mit Kopf in Beckenmitte. Morphiumschlaf.
Später Chinin-Calzium. Danach schlechte Wehen.
Pituglandol: Krampfwehen. Schlechte Herztöne.
Zangenversuch. Wegen starker Unruhe und mangelhafter Hilfe aufgegeben.
Einweisung mit guten Herztönen.

Aufnahmebefund.

23. 4. 19,45h Schädellage. Muttermund verstrichen. Leitstelle in Interspinalebene. Kopf auf Beckenboden. Temperatur 37,2°. Puls 68.

24. 4. 7,50h Ständige Verschlechterung der Herztöne.
8,16h Episiotomie und Forceps.
Geburt eines leicht asphyktischen Kindes.
9h Geburt der Placenta spontan.
Im Wochenbett: Cysto-Pyelitis.

10. 5. Entlassung.

**J. Nr. 1939/581.**

35jährige IV. Para.

Vorgeschichte.

29. 5. 39 12h Vorzeitiger Blasensprung mit Nabelschnurvorfall.
13h Wehenbeginn.
Äußerlich wird durch den Arzt eine Querlage festgestellt und Chinin verordnet.
22h Vaginale Untersuchung. Arm- und Nabelschnurvorfall. Amputation des linken Unterarmes.

30. 5. 2h Morphium. Überweisung in ein Krankenhaus. Von dort Einweisung in die Klinik.

Arfnahmebefund:

30. 5. 7,15h Verschleppte Querlage.
In der Vagina: durchgetrennte, abgebundene Nabelschnur und Oberarmstumpf.
Muttermund handtellergroß. Kopf nicht zu erreichen. Zersetztes Fruchtwasser. Es kommt Gas aus dem Uterus. Temp. 37°. Puls 100.
8,40h Wendung, Extraction.
Geburt eines toten, reifen Kindes.
Manuelle Lösung der Placenta.
Im Wochenbett leichte Endometritis, Parametritis mit spontaner Perforation in die Scheide.

20. 6. Entlassung.

Die Zahl der anoperiert eingelieferten Frauen ist im ganzen gering. Bei 10 Frauen wurde draußen ein Forcepsversuch unternommen, zu dem ‚Wehenschwäche' und ‚Geburtsstillstand', ‚schlechte kindliche Herztöne' und ‚Fieber unter der Geburt' die Indikationen gaben.

Die Indikationen waren im einzelnen folgende:

## Tabelle II.

**Indikationen zur Operation außerhalb der Klinik.**

| | | |
|---|---|---|
| Schlechte kindliche Herztöne | 2 Fälle | Forcepsversuch |
| Fieber unter der Geburt | 1 Fall | |
| Wehenschwäche | 4 Fälle | |
| Geburtsstillstand | 3 Fälle | |
| Blutung bei Placenta praevia | 2 Fälle | Tamponade |
| Querlage | 2 Fälle | Wendungsversuch |
| Querlage mit Vorfall der Nabelschnur und des kindlichen Armes | 1 Fall | Amputation |
| Einleitung des Kopfes | 1 Fall | Blasensprengung |
| Wehenschwäche | 1 Fall | |
| Vorfall des Armes bei Schädellage | 1 Fall | Reposition |
| | 18 Fälle | |

Zwei Mütter kamen mit Tamponade wegen ‚Placenta praevia-Blutungen' zur Einweisung.

Je eine Wendung wurde bei zwei Querlagen versucht, und zweimal eine Blasensprengung von der Hebamme ‚zur Einleitung des Kopfes' und bei ‚Wehenschwäche' ausgeführt. In beiden Fällen war der Muttermund nicht erweitert und die Blase nicht sichtbar.

‚Vorfall des kindlichen Armes' bei Schädellage veranlaßte einen Arzt zu einem erfolglosen Repositionsversuch und einen anderen Arzt bei einer Querlage zu der Amputation des kindlichen Unterarmes. Mit aus der Vulva geborenen Oberarmstumpf gelangte diese Mutter in klinische Behandlung. (J. Nr. 1939/581)

## Tabelle III.

**Verteilung der vor der Einweisung ‚anoperierten' Fälle von 1935—1939 auf die einzelnen Jahre.**

| | Fälle | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tamponade | 2 | — | 1 | — | — | 1 |
| Zangenversuch | 10 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| Repositionsversuch | 1 | — | 1 | — | — | — |
| Wendungsversuch | 2 | — | 1 | — | 1 | — |
| Blasensprengung | 2 | — | 1 | — | 1 | — |
| Amputation des kindl. Armes | 1 | — | — | — | — | 1 |
| | 18 Fälle | | | | | |

Aus den angeführten Geburtsberichten geht hervor, daß nicht e i n mütterlicher Todesfall bei ihnen zu verzeichnen ist, diese Tatsache ist sehr zu begrüßen, sie zeigt, daß es auf jeden Fall richtig ist, die Operation rechtzeitig abzubrechen, wenn sie über die Fähigkeit des Operateurs hinausgeht, und die Einweisung oder Zuziehung eines Facharztes zu veranlassen. Anders ist es mit der Kindersterblichkeit, die unter diesen 18 anbehandelten Frauen mit 7 Kindertodesfällen eine ganz besonders hohe Ziffer erreicht.

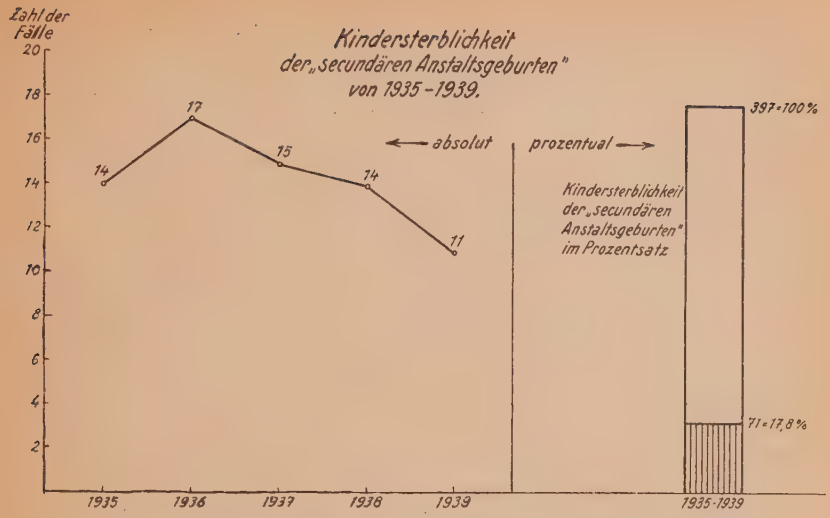
Wie steht es nun überhaupt mit der Kindersterblichkeit bei den „sekundären Anstaltsgeburten"? (s. Abb. 7 S. 44). Zum Vergleich seien die folgenden Zahlen angeführt. Wir haben für unsere Klinik sämtliche Kindertodesfälle zusammengefaßt vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag der Mütter, also ohne Abzug der bereits tot eingelieferten Kinder, der abgestorbenen Früchte, der Frühgeburten und Mißbildungen (s. Tab. IV).

## Tabelle IV.

### Kindersterblichkeit.

| | | | | nach: |
|---|---|---|---|---|
| **Anstaltsgeburtshilfe:** | | | | |
| Bonner Frauenklinik | 1933 | 3,37% | | Coester |
| Wiener Frauenklinik | 1928 | 6,72% | | Heidler |
| Städt. Frauenklinik Stuttgart | 1913—27 | 4,22% | | Gideon |
| Innsbrucker Frauenklinik | 1922—31 | 3,99% | | Nevinny |
| Frauenklinik Bratislawa | 1900—26 | 9,29% | | Graca |
| Göttinger Frauenklinik | 1926—35 | 7,9% | 3,86% abgest. eingel. | Stüermann |
| | 1935—39 | 5,05% | | |
| **Hausgeburtshilfe:** | | | | |
| Deutsches Reich | 1936 | 4,4% | | Pohlen |
| | 1937 | 4,87% | | Reichert |
| Preußen | 1930 | 5,43% | | Peller |
| Ostpreußen | 1937 | 4,57% | | Reichert |
| Bergisches Land | 1929 | 2,9% | | Laubenburg |
| Lyon, Geburtshilfl. Klinik | 1919—29 | 7,79% | | Pigeaud et Brochier |
| Pavia, Stadt: Anstaltsgeburten | 1933 | 10,8% | | Marchese |
| Land: Hausgeburtshilfe | 1933 | 12,5% | | „ |
| **Göttingen: Frauenklinik** | | | | |
| „rein primäre Anstaltsgeburt." | 1935—39 | 3,8% | | |
| „eingeschränkt primäre Anstaltsgeburten" | 1935—39 | 5,7% | (0,3% abgest. eingeliefert) | |
| „sekundäre Anstaltsgeburten" | 1935—39 | 17,8% | | |

Man sieht, daß auch hier die Mortalitätszahl der „sekundären Anstaltsgeburten" über allen anderen steht. Es handelt sich bei ihnen um eine Auswahl schwerer Fälle. Ebenso zeigen die „nur eingeschränkt primären Anstaltsgeburten" mit 5,7 Prozent kindlicher Todesfälle — gegenüber 3,8 Prozent bei den „rein primären Anstaltsgeburten" — eine höhere Sterblichkeit (s. auch Abb. 1, S. 5). Dagegen ist bei ihnen kein Mütterverlust eingetreten.




Die Kindersterblichkeit der „sekundären Anstaltsgeburten" 1935—39.

Sehen wir uns die Kindersterblichkeit bei den „sekundären Anstaltsgeburten" in den einzelnen Jahren an, dann kann ein Abfall festgestellt werden, der sich besonders prozentual — von 26,4 Prozent im Jahre 1935 auf 12,8 Prozent im Jahre 1939 — bemerkbar macht. Die Zahlen sind aber zu klein, um darüber etwas aussagen zu können.

Wie ungünstig eine Verzögerung des Geburtsverlaufes sich auf das kindliche Leben auswirkt, zeigt die Abb. 5, S. 17 recht deutlich. Jede Stunde weiteren Zuwartens gefährdet das kindliche Leben mehr, und es sollte schon darum im Interesse des Kindes die Geburtsverzögerung rechtzeitig erkannt werden, und eine besonders sorgfältige Geburtsleitung erfolgen.

Die Frage ob „Hausgeburt oder Anstaltsentbindung" kann nicht grundsätzlich in positivem Sinn für die eine oder andere Art geburtshilflicher Tätigkeit entschieden werden. Vielmehr muß von Fall zu Fall neu geprüft sein, und die Frage sollte besser lauten „Welche Frauen k ö n n e n auch zu Haus entbunden werden, und welche m ü s s e n vor oder spätestens noch unter der Geburt in eine geburtshilflich ausgerüstete Krankenanstalt eingewiesen werden, um ein möglichst günstiges geburtshilfliches Ergebnis für die Gesamtheit der Frauen und der Kinder zu erreichen?" (H. Martius).

Wird aber die Frage so in jedem Fall mit voller Verantwortung gestellt, dann wird von selbst ein großer Teil jener „sekundären Anstaltsgeburten" fortfallen, die Mütter und Kinder gefährden, die Klinik oft vor kaum zu meisternde Schwierigkeiten stellen und die Anstaltsstatistik belasten.

Dazu ist aber notwendige Voraussetzung, daß Arzt und Hebamme die beste und gründlichste Ausbildung erfahren (C o n t i), daß sie mit aller Aufmerksamkeit und allem Können für die niederkommenden Mütter bereitstehen, und daß sie vor allem die Grenzen ihres Handelns kennen. Sie müssen wissen, wann die Hausgeburtshilfe der Krankenhaushilfe rechtzeitig zu weichen hat (C o n t i), sei es mit „unbedingter Indikation zur Einweisung", sei es als „erwünschte vorbeugende" Einweisung (H. Martius).

Wie wichtig es außerdem auch ist, den schwangeren Müttern selbst aufklärend und beratend beizustehen, zeigt die hohe Zahl der aus eigenem Verschulden spät gekommenen Frauen — 158 Kreißende mußten mit bereits bestehenden Preßwehen in den 5 Jahren aufgenommen werden, drei Mütter starben infolge Eklampsie, nachdem sie schon wochenlang Erscheinungen von seiten der Toxikosen hatten. — Im weiteren Ausbau der Schwangerenfürsorge müßten diese Zahlen herabzudrücken sein.

Wir halten noch den Hinweis für notwendig, daß wir in Göttingen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten fast optimale Verhältnisse haben. Die Herren sind in zahlreichen Fortbildungskursen und durch Arztbriefe immer wieder geschult worden und sind sich im allgemeinen der Grenzen ihres Könnens und ihrer Möglichkeiten durchaus bewußt. Immerhin zeigt dieser oder jener der beschriebenen Fälle, daß durch bessere Aus- und Fortbildung des geburtshilflich tätigen Arztes dieses oder jenes kindliche Leben mit Sicherheit hätte gerettet werden können. Man darf erwarten, daß durch eine weitere Vertiefung der Zusammenarbeit der Anstaltsgeburtshelfer mit den praktischen Ärzten und Hebammen die Resultate im ganzen noch verbessert werden.

# Literaturangaben.


Bickenbach: Über die Müttersterblichkeit bei klinischer Geburtshilfe.
Ztrbl. f. Gyn. 1940 Nr. 20.

Coester: Zur Kindersterblichkeit in den geburtshilflichen Kliniken.
Ztrbl. f. Gyn. 1933 Nr. 39.

Conti: Leitsätze für die Ordnung der Geburtshilfe.
Deutsches Ärzteblatt 1940 Nr. 29/30.

Dobler: Die mütterlichen Todesfälle auf der geburtshilflichen Abteilung der Universitätsfrauenklinik Basel. 1896 bis 1936. Diss. Basel.

Fahlbusch: Die Kindersterblichkeit im Reg.-Bez. Lüneburg.
Klin. Wschr. 1933 Nr. 29.

Gideon: Lassen sich die Resultate für Mutter und Kind durch Anstaltsgeburtshilfe noch weiter bessern?
Mschr. f. Geburtshilfe Bd. 83 S. 251.

Graca: Studium der Mortalität in der Entbindungsanstalt.
Ber. über Gyn. Bd. 14 S. 144.

Heidler: Ueber die Frühsterblichkeit der Neugeborenen.
Wiener Klin. Wschr. 1928 Nr. 33.

Laini: Die mütterliche Sterblichkeit in Finnland 1751—1930.
Ber. f. d. ges. Gyn. und Geburtshilfe Bd. 22 S. 606.

Laubenburg: Zur Neuorientierung der Geburtshilfe nach Hinsch nach einer Statistik über 30 000 geburtshilfliche Fälle der häuslichen Praxis aus dem Bergischen Lande.
Ztrbl. f. Gyn. 1929 Nr. 30.

Marchese: Die Kindersterblichkeit in den letzten drei Monaten vor, während und nach der Geburt in der geburtshilflichen Klinik und im Stadtkreis Pavia.
Arch. f. Geburtshilfe und Gyn. 1934 Bd. 25.

Martius: Die geburtshilflichen Operationen. Leipzig 1940.

Nevinny: Ergebnisse klinischer Geburtsleitung.
Ztrbl. f. Gyn. 1933 Nr. 21.

Pigeaud et Brochier: Mortinatalité et Mortalité des nouveaux nés à la clinque obstétricale de Lyon du 1919 à 1929.
Arch. f. Geburtshilfe und Gyn. 1933 Nr. 20.

Pohlen: Die neue geburtshilfliche Statistik für das Deutsche Reich.
Ergeb. d. Hebammentagebücher für das Jahr 1936.
Arch. f. Gyn. 166. Bd.

Reichert: Betrachtungen über Anstalts- und Hausgeburten. Zur Frage der Müttersterblichkeit.
Ztrbl. f. Gyn. 1940 Nr. 34.

„ Die Entbindungen in Kranken- und Entbindungsanstalten. 1931—1938.
Deutsches Ärzteblatt 1940 Nr. 44.

Schween: Die geburtshilfliche Müttersterblichkeit an der Universitätsfrauenklinik Göttingen in den Jahren 1925 bis 1939. Diss. Göttingen 1940.

Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1936.

Stüermann: Über die Kindersterblichkeit an der Göttinger Universitätsfrauenklinik, vor und während der Geburt und innerhalb der ersten zehn Lebenstage.
Diss. Göttingen 1940.

Theisen: Betrachtungen über Anstalts- und Hausgeburten.
Ztrbl. f. Gyn. 1940 Nr. 8.

Fahlbusch: Erfolge der häuslichen Geburtshilfe.
Z. f. Geburtshilfe und Gyn. Bd. CIV Heft 1.

Abschließend möchte ich Herrn Prof. Dr. Martius für die Überlassung des Materials, sowie Herrn Prof. Dr. Bickenbach für die Anregung zur vorliegenden Arbeit, für die bereitwillige Hilfe und freundliche Durchsicht meinen aufrichtigen Dank aussprechen.

# Lebenslauf.

Am 15. 5. 1916 wurde ich, Anne Lore Haußmann, als Tochter des am 28. 1. 1916 in Frankreich gefallenen Regierungsbaumeisters Alfred Haußmann und seiner Ehefrau Käthe, geb. Westheermann, in Gütersloh i. W. geboren. Nach Wiederverheiratung meiner Mutter mit dem Facharzt für Chirurgie und Chefarzt des Krankenhauses in Lemgo, Dr. Gustav Kleßmann, erhielt ich den Namen Kleßmann-Haußmann. Nach Besuch der Grundschule durchlief ich das Lyzeum und das Reformrealgymnasium in Lemgo i. L., wo ich im März 1935 meine Reifeprüfung bestand. Anschließend arbeitete ich ein Vierteljahr praktisch in der Krankenpflege, leistete vom 1. 8. — 1. 11. 35 den freiwilligen Arbeitsdienst ab und beschloß ein Frauenoberschuljahr in Weimar mit dem Werkabitur. Im Herbst 1936 begann ich mein medizinisches Studium in Freiburg, wo ich die ärztliche Vorprüfung, das Vorphysikum im Herbst 1937 und das Physikum im Frühjahr 1939, bestand. Nach dem Besuch der Universitäten Königsberg, Graz und München habe ich in Göttingen das Staatsexamen im Frühjahr 1941 bestanden.